DISSERTATION

N° 60.

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 24 avril 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ALEXANDRE-ALPHÉE CHAIGNEAU, de Saint-Savinien,

Département de la Charente-Inférieure.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX, *Suppléant.*
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Rathéau.
Devergie.	Richard, *Examinateur.*
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier, *Examinateur.*
Gérardin, *Suppléant.*	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON AÏEUL,

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Témoignage de reconnaissance et d'un éternel attachement.

A.-A. CHAIGNEAU.

DISSERTATION

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Avec MM. *Chomel* et *Louis*, j'appelle *fièvre* ou *affection typhoïde* la maladie nommée par les anciens *fièvre putride*, la même que *Pinel* décrivit sous le nom de *fièvre adynamique*. On trouve encore la description de phénomènes morbides semblables dans les histoires plus ou moins complètes d'épidémies qui nous ont été laissées par *Chirac*, *Pringle*, *Poissonnier-Despierre*, etc., et dans celle du typhus qui régna à la Salpêtrière en 1814. Si M. *Rostan*, qui a donné de celui-ci une description pleine d'énergie, et digne du talent qui le distingue, ne fixa pas son caractère anatomique, c'est que, surchargé de service, vivant au milieu des malades, il fut lui-même atteint de cette cruelle maladie, et ne put se livrer avec tout le travail nécessaire aux investigations cadavériques. Son tableau peut paraître un peu rembruni, comparé aux observations prises sur des sujets isolés : on ne doit pas en être surpris, si l'on considère que tout était réuni pour donner à l'affection le plus haut degré d'intensité.

J'ai pu souvent observer la fièvre typhoïde dans les hôpitaux ; je l'ai vue, depuis deux années, plus que décimer les jeunes gens de mon pays nouvellement arrivés dans la capitale. Voici l'aspect qu'elle m'a le plus souvent offert.

Un individu jeune, bien portant, éprouve tout à coup, sans cause connue, un sentiment de faiblesse, des douleurs passagères dans l'abdomen, particulièrement vers la région iliaque droite; ces douleurs sont peu intenses, n'augmentent point ou fort peu sous la pression. Bientôt surviennent de la céphalalgie, des frissons, un malaise général, des lassitudes spontanées; le plus communément alors la diarrhée débute, et avec elle, soif, anorexie, nausées, suivies ou non de vomissemens, le plus souvent sans douleur épigastrique, quelquefois avec éjections bilieuses. Le malade est triste, il a des pandiculations, de la tendance au sommeil; la peau est sèche, chaude, la circulation accélérée. Ces symptômes, sans gravité apparente, peuvent en imposer pour une gastrite simple; ils persistent quatre ou cinq jours, rarement plus de huit, prennent un nouvel aspect, et deviennent caractéristiques de l'affection typhoïde. Dès-lors céphalalgie très-intense, bourdonnemens d'oreilles, allucinations, yeux rouges, larmoyans; hébétude complète, faiblesse extrême de tout l'appareil musculaire. Le malade ne se plaint pas, est indifférent sur son état et sur tout ce qui l'entoure; il regarde à peine le médecin qui l'interroge, garde la position qu'on lui fait prendre, laisse entre les dents la langue, qu'il a montrée; ses réponses se font attendre, elles sont encore justes, mais brèves. La chaleur est âcre, très-augmentée; le pouls, large, ondulé, bat plus de cent fois par minute; des épistaxis se renouvellent souvent; une toux peu fréquente est suivie de crachats clairs, visqueux; la respiration, accélérée, donne lieu à un râle sonore; la percussion ne fournit point de son mat. Les nausées ont cessé; la langue est rouge, humide, ou bien sèche et fendillée; les déjections alvines se rapprochent. Le sommeil, pénible, ne procure aucun repos; toujours interrompu par des rêves fatigans, il dure peu, et recommence sans cesse. Enfin, le ventre se météorise; des taches roses, lenticulaires, nullement saillantes, ne disparaissant point sous la pression, se répandent en petit nombre sur la poitrine, le dos, le ventre, le cou, rarement sur les extrémités. Alors le diagnostic est fixé.

Bientôt tous les symptômes deviennent de plus en plus alarmans. Les selles, toujours liquides, glaireuses, jaune foncé, sont, ainsi que la miction, involontaires; le délire est à son comble, le malade ne connaît plus personne; les yeux se cavent; la face, pâle, convulsée, est empreinte d'une profonde douleur; la voix est entrecoupée, mucitante; la respiration anxieuse, la peau plus chaude; le pouls, dur, fréquent, s'élève jusqu'à 120 et 130 pulsations. Les membres n'exécutent de mouvemens qu'en tremblant. A tous ces phénomènes succède un état de résolution complète; des éruptions de sudamina couvrent le corps, et le malade meurt, du vingtième au trentième jour, dans le coma, ou bien après des convulsions affreuses, le plus souvent générales, quelquefois d'un seul côté, tandis que l'autre conserve jusqu'au dernier instant une roideur tétanique.

Telle est, dans la plupart des cas, la marche de l'affection typhoïde, lorsqu'une perforation d'intestin ne vient pas plus promptement encore terminer la vie; mais on voit aussi des malades prolonger leur existence jusqu'après le cinquantième jour. Les exemples de guérison ne sont pas rares.

Dans le premier de ces cas, les symptômes les plus graves perdent tout à coup leur intensité, le malade recouvre pour quelques jours son intelligence; il n'accuse aucune douleur, ne vomit point les légers alimens qu'il prend; sa peau est moite, presque dans l'état naturel; son pouls, petit, misérable, se relève le soir, en même temps que la chaleur augmente: le paroxysme dure quatre à cinq heures. Les selles involontaires continuent, la faiblesse est extrême; elle fait des progrès. L'intelligence se perd de nouveau; les yeux sont ternes, demi-fermés; les tempes creuses, le nez effilé; en un mot, la face devient hippocratique, et la mort arrive avec le dernier degré du marasme.

Chez ceux qui doivent guérir, la maladie débute quelquefois avec la même gravité apparente, presque toujours sa marche est moins rapide. C'est dans ce dernier cas qu'elle reste latente, ou qu'elle prend la forme putride, adynamique, ataxique, où même

inflammatoire, suivant la prédominance sur les autres symptômes de la stupeur, des hémorrhagies, de la diarrhée, de la faiblesse générale, des phénomènes cérébraux et spasmodiques, ou bien des phénomènes gastriques. Toujours est-il qu'à une époque plus ou moins avancée, quinze jours au plus tard, suivant sa marche lente ou rapide ; les symptômes les plus alarmans et les plus caractéristiques, le délire, la somnolence, le météorisme, les taches lenticulaires diminuent peu à peu, disparaissent bientôt tout à fait. Les changemens dans l'expression physionomique sont surtout remarquables ; plus de stupeur, de tristesse ; le malade reconnaît, voit avec plaisir ses amis ; il se réjouit d'être au milieu d'eux ; il n'accuse aucune douleur, et prend avec plaisir quelques alimens même toniques. Le pouls reste encore développé un temps variable, plus long-temps si la terminaison des accidens a été plus prompte. La soif diminue, la langue s'humecte et se nettoie ; la peau est naturelle, le sommeil réparateur ; enfin la diarrhée, l'extrême faiblesse, les escharres développées sur les saillies osseuses semblent seules mettre obstacle au rétablissement complet des fonctions.

Une rémission aussi heureuse a-t-elle duré cinq ou six jours, la guérison est à peu près certaine : je dis à peu près, car des récidives, les signes d'une perforation peuvent venir détruire l'espoir que l'on avait conçu.

Je viens de décrire les différentes formes que revêt le plus communément l'affection typhoïde. Il s'en faut bien, cependant, que les symptômes énumérés se développent constamment. Je crois donc indispensable, pour la sûreté du diagnostic, de revenir en particulier sur chacun des plus caractéristiques.

Diarrhée. M. *Louis*, dans ses nombreuses observations, n'a vu manquer ce symptôme que trois fois, et chez des sujets morts de l'affection ; pour moi, je l'ai constamment observée ; elle débute dès le commencement de la maladie dans la moitié des cas à peu près. Le rapport est le même pour la fréquence ou la rareté des selles, en les

considérant fréquentes au-dessus de huit, rares au-dessous de quatre. Les matières fécales sont très-liquides, contiennent un certain nombre de petits corps bruns; elles sont ordinairement jaunes, ont quelquefois la couleur du marc de café : dans des cas très-rares, elles offrent des stries sanguinolentes, même des caillots bien formés, ou bien semblent entièrement composées de sang corrompu et sont très-fétides. La diarrhée persiste jusqu'au dernier instant, ou elle est un des derniers symptômes à disparaître.

Du météorisme. Il manque un peu plus souvent que le symptôme précédent. L'époque de son début et son intensité sont extrêmement variables; il persiste ordinairement jusqu'à la mort; c'est un des premiers symptômes à disparaître chez les sujets qui guérissent.

Symptômes gastriques. Comme au début de toutes les maladies aiguës, l'anorexie s'observe dans la totalité des cas. Les nausées, les douleurs, les vomissemens, lorsqu'ils ont lieu, existent en général dès le commencement de la maladie; mais ils suivent toujours une marche très-irrégulière, en sorte que l'on voit quelquefois un seul de ces symptômes, ou ils sont groupés deux à deux, ou bien tous trois réunis. La douleur manque le plus souvent : jointe au vomissement de bile, elle annonce un cas grave. En général, les altérations des fonctions gastriques sont peu prononcées et durent peu de jours.

Douleurs abdominales. Ce symptôme paraît constant; il débute le premier jour chez plus de la moitié des sujets. Les douleurs sont vagues; elles commencent assez ordinairement vers les fosses iliaques ou la région hypogastrique; elles n'ont point de caractère particulier, durent de quatre à douze jours, quelquefois elles disparaissent pour revenir bientôt; leur intensité est, comme celle de la diarrhée, assez en rapport avec la violence de l'affection.

Céphalalgie. Elle manque dans le très-petit nombre des cas ; elle est presque toujours continue, rarement par accès, débute presque constamment avec les premiers symptômes, et n'existe plus ou diminue considérablement aux approches du délire, ou quand l'assoupissement se déclare. On pourrait attribuer cette disparition à l'état du cerveau, qui perçoit incomplètement, si des douleurs n'étaient pas en même temps accusées dans d'autres parties du corps. Les malades s'occupent en général peu du mal de tête : ordinairement gravative ou pulsative, la céphalalgie est quelquefois tensive ; elle ne reparaît plus le délire une fois passé ; même marche, au degré d'intensité près, chez ceux qui guérissent et chez ceux qui succombent.

Somnolence. C'est un des phénomènes qui manquent le moins souvent ; il est un des plus caractéristiques. La somnolence débute rarement le premier jour, quelquefois du troisième au sixième, assez communément vers le neuvième, toujours avant le délire. Faible en commençant, même chez ceux qui l'offrent plus tard dans son plus haut degré d'intensité, elle conserve ce caractère chez le petit nombre des individus, et vient considérable chez la plupart. Une fois déclarée, elle persiste presque sans interruption jusqu'à la mort, et ne cesse que dans les momens de délire ; elle manque assez souvent lorsque l'affection doit être très-légère : son début suit toujours de près celui de la stupeur, soit qu'elle le devance ou ait lieu immédiatement après.

Délire. Il débute ordinairement du septième au dixième jour de l'affection, avant ou beaucoup plus tard, suivant l'état plus ou moins grave du malade ; il manque assez souvent, surtout chez les sujets qui ne doivent pas succomber ; il n'est quelquefois caractérisé que par un état de rêvasserie presque continuel ; d'autres fois il n'a lieu que pendant la nuit ; il peut être accompagné d'une violente agitation : le malade crie, menace, des liens multipliés ont peine à le maintenir couché. C'est surtout chez ceux qui doivent promptement succom-

ber qu'on l'observe avec cette acuité : en sorte que le délire doit toujours être considéré comme un symptôme des plus graves, et d'autant plus redoutable qu'il est plus intense.

Des spasmes. Ce symptôme paraît un des derniers, un assez grand nombre de jours cependant avant le terme fatal. On observe rarement des spasmes chez les sujets qui doivent guérir : du moins alors sont-ils bien moins nombreux et de bien moindre durée. Ils ont donc, sous le rapport du prognostic, qu'ils rendent très-fâcheux, une grande importance; ils se présentent sous plusieurs formes : c'est une roideur permanente, une alternative de contractions et de relâchemens des muscles, de véritables convulsions ou de simples soubresauts de tendons : c'est surtout dans les membres supérieurs et au cou qu'on les observe. Il est rare que les muscles de la face ne se contractent pas d'une manière spasmodique, au moins dans les derniers instans. La roideur permanente des membres d'un côté ou du cou annonce une mort certaine.

De l'état des forces. La prostration des forces est un des caractères distinctifs de la fièvre typhoïde; bien qu'elle ait lieu dans la plupart des maladies aiguës, dans aucune elle ne se montre au même degré que dans celle-ci. Tous les sujets éprouvent un affaiblissement notable dès l'invasion de la maladie ; chez plusieurs elle est déjà extrême le premier jour; chez le plus grand nombre la diminution des forces arrive graduellement, toujours en faisant des progrès rapides : le malade, s'il guérit, ne reprend ses forces que très-lentement.

Taches roses lenticulaires. On les observe constamment, rarement avant le sixième ou septième jour; elles sont presque toujours en petit nombre, dix-huit, et même moins : on les voit aussi beaucoup plus multipliées. Leur siège le plus ordinaire est la poitrine, puis le dos, le ventre, les membres, le cou, rarement le visage. Elles sont permanentes, ou ne durent qu'un ou deux jours, après lesquels elles

sont remplacées par de nouvelles. On les a vu disparaître tout à fait à une époque plus ou moins éloignée des derniers instans. Elles ne s'effacent point sous la pression; elles ont une ligne à une ligne et demie de diamètre. Quelques circonstances particulières peuvent influer sur leur apparition : c'est ainsi qu'elles se multiplient quelquefois au sortir d'un bain.

Des sudamina. Moins constans que les taches roses, les sudamina sont autant qu'elles dignes d'attention, par leur fréquence dans les affections typhoïdes, qu'elles soient graves ou légères; ils paraissent rarement avant le douzième jour, très-souvent vers la fin de la maladie. Formées par un fluide limpide qui soulève l'épiderme, ces vésicules ont une forme et des dimensions variées. Le plus souvent elles ressemblent à de petites gouttelettes de sueurs arrondies, et dont tous les diamètres auraient une demi-ligne au plus; d'autres fois elles sont plus larges, un peu aplaties, ou bien peuvent être comparées à de véritables larmes; elles sont disséminées sur toute la surface du corps, ou réunies par groupes. Le corps muqueux de la peau ne paraît pas plus rouge, plus tuméfié sous elles que dans leurs intervalles, où l'épiderme s'enlève assez facilement lorsqu'elles sont rapprochées. Leur apparition n'est nullement liée à l'abondance plus ou moins considérable de la sueur; de même que leur fréquence n'est point en rapport avec le plus ou moins de gravité de la maladie.

Chaleur à la peau. La chaleur à la peau se déclare chez tous les sujets après le premier frisson; elle est considérable, brûlante chez le plus grand nombre, médiocrement élevée chez beaucoup; elle n'est pas toujours proportionnée à l'accélération du pouls. Après avoir été très-élevée, on la voit souvent diminuer vers les derniers instans. Presque toujours sèche, elle est quelquefois accompagnée de sueurs, surtout vers le soir, ou la nuit pendant le sommeil. L'abondance de cette sécrétion n'a aucun rapport avec l'intensité de la chaleur, et ne paraît nullement influencée par la nature ou la fréquence des selles,

en sorte que l'on peut la considérer comme tenant à une organisation particulière du sujet. C'est à tort que l'on a cru la chaleur plus augmentée vers la poitrine, et surtout vers le ventre : là, en effet, elle est plus élevée ; mais elle l'est aussi dans l'état physiologique. On est encore induit en erreur à ce sujet parce qu'on touche les membres hors du lit, la poitrine et l'abdomen sous la couverture.

Pouls. Il est extrêmement variable, chez les différens sujets, sous le rapport du type et de la vitesse. Communément, dans les cas graves, il est, dès le début, large, ondulé, sans fréquence extrême ; ou bien dur et fréquent, ou petit et serré. Variant beaucoup dans le cours de la maladie, il s'élève assez souvent de cent quinze à cent trente pulsations chez les sujets qui succombent, tandis qu'il reste entre quatre-vingt dix et cent chez ceux qui doivent guérir. Les intermittences, les irrégularités sont très-rares et d'un mauvais présage. D'après les observations de M. *Louis*, elles offrent cela de remarquable, que sur trois sujets dont le pouls sera inégal, irrégulier, intermittent, ou tremblottant et très-accéléré, on peut conclure avec vraisemblance qu'il y en a deux dont le cœur est ramolli ou flasque.

Causes. Pinel assigne à la fièvre adynamique, à la fièvre ataxique et au typhus identiquement les mêmes causes : « séjour habituel dans les lieux bas et humides, dans les prisons, les hôpitaux, les camps, les villes assiégées ; dans le voisinage des voieries, dans les salles de dissections, et, en un mot, dans les lieux plus ou moins étroits, dont l'air n'est pas renouvelé ou est vicié par les émanations de matières en putréfaction, par l'entassement de beaucoup d'individus sains ou malades, et surtout lorsqu'il sont affectés de fièvres adynamiques ou ataxiques, de gangrène, de carie, etc. ; exposition aux effluves marécageuses, surtout pendant le sommeil ; défaut de propreté ; nourriture d'alimens tendant à la putréfaction, boisson d'eaux corrompues, abus des aromates, des alcalins, des mercu-

riaux, etc. ; évacuacuations excessives, débauches immodérées, résorbtion du pus, fatigues extrêmes ou inaction complète, veilles ou études prolongées, affections morales habituellement tristes, traitement trop débilitant des fièvres dites inflammatoires, bilieuses, muqueuses, etc. »

Il est vrai que les grandes épidémies de typhus ont été toujours précédées de quelques-unes des circonstances énumérées par *Pinel ;* mais la fièvre adynamique ou l'affection typhoïde se développe souvent sans l'influence d'aucune d'elles, et même dans des conditions tout à fait opposées : d'où l'on peut conclure, je crois, que les causes en sont au moins fort peu connues.

Voici toutefois ce que l'on observe à cet égard à Paris. La plupart des sujets atteints de fièvre typhoïde sont jeunes, rarement ils ont plus de trente ans ; tous ont quitté leur pays depuis peu de temps, deux ans et demi au plus, sauf quelques exceptions fort rares. Les femmes y semblent d'abord moins disposées que les hommes ; mais, la mortalité étant proportionnellement la même chez les individus de l'un et l'autre sexe atteints de cette maladie, on peut attribuer cette différence apparente à celle du nombre des uns et des autres qui laissent leur pays pour venir dans la capitale. On ne peut pas évidemment donner la même raison pour le petit nombre de vieillards chez lesquels on l'observe, les cas de fièvre typhoïde étant chez eux extrêmement rares. L'âge a donc une influence marquée. Il n'en est pas ainsi des professions. C'est à tort que l'on a cru les élèves en médecine plus disposés à la contracter par la fréquentation des hôpitaux et des amphithéâtres ; presque tous ceux que j'ai observés jouissaient assez ordinairement d'une bonne santé, n'avaient commis aucun excès ; quelques-uns étaient affectés de peines morales, beaucoup plus se réjouissaient d'être à Paris ; si un petit nombre prenait une nourriture moins saine que d'ordinaire, un bien plus grand n'en avait pas, pour ainsi dire, changé.

Nécropsie. Je commence par l'examen de l'intestin grêle, parce

c'est là que l'on trouve un mode particulier d'altération, que sa constance, jointe aux symptômes de début, doit faire considérer comme le caractère anatomique de la fièvre typhoïde. — Sous le rapport du volume, il n'offre ordinairement rien de remarquable ; il contient presque toujours des mucosités abondantes, ou beaucoup de bile roussâtre ou jaune-clair. La membrane muqueuse est souvent, en tout ou en partie, blanche, plus souvent encore grise ou rouge ; la couleur blanche s'observe plus particulièrement lorsque l'affection a traîné en longueur. C'est aussi dans le même cas que l'on trouve la couleur grise ; celle-ci accompagne presque constamment un état particulier de cicatrisation des plaques elliptiques de *Peyer*, ce qui pourrait la faire considérer comme une suite de la couleur rouge et un commencement de guérison. Sa consistance est quelquefois naturelle ; on la trouve aussi ramollie dans une étendue plus ou moins grande, avec ou sans hypertrophie, et cela à quelque époque que le malade ait succombé. Le ramollissement avec hypertrophie, cependant, est presque toujours seul accompagné de la couleur rouge ; d'où il ne répugne nullement d'admettre deux espèces de ramollissemens, l'un inflammatoire, l'autre qui ne l'est pas.

Les plaques elliptiques de l'iléum sont plus ou moins profondément altérées, chez tous les sujets, dans un espace plus ou moins étendu. L'altération offre de nombreux degrés, dont les plus graves occupent toujours le voisinage du cœcum ; elle varie encore suivant l'époque plus ou moins avancée de la maladie. Voici la description qu'en fait M. *Louis*, considérant ces glandes dans leur entier développement morbide : « En allant des plaques les moins altérées vers celles qui le sont le plus, ou vers le cœcum, les premières forment une saillie peu considérable, ont une couleur pâle ou d'un rose tendre. Les points grisâtres qui, dans l'état naturel, existent chez presque tous les sujets, et indiquent l'orifice des cryptes, ont disparu, et le ramollissement de la muqueuse est fort considérable. Après ces plaques en viennent d'autres, dont l'épaisseur, le ramollissement et la rougeur sont progressivement plus marqués. Les pre-

mières d'entre elles offrent, dans quelques cas, une surface comme grenue, ou finement mamelonnée, sur laquelle on distingue un plus ou moins grand nombre d'orifices béans, qui tiennent la place des points gris dont il vient d'être question, et ne sont autre chose que les orifices des cryptes; de manière que, dans ce degré, l'effet le plus remarquable de la lésion est le développement, et, pour ainsi dire, l'exagération de la structure des parties. Le tissu cellulaire sous-muqueux est plus ou moins épaissi, d'un rouge tendre, analogue à celui de la muqueuse; en sorte que la saillie formée par les plaques est, dans ce degré de la lésion, le résultat du double épaississement de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent. — A la suite de ces plaques s'en trouvent d'autres plus rouges, plus épaisses, plus molles, plus larges, uniformes, non mamelonnées, sans orfices béans, dont les cryptes ne sont plus distincts; on ne peut pas les enlever par traction, comme les précédens, et le tissu cellulaire sous-muqueux est aussi plus rouge et plus épais qu'au-dessous des plaques, dont la muqueuse est moins altérée. — Enfin, à une distance plus ou moins rapprochée du cœcum, les plaques offrent des ulcérations; les unes commençantes et superficielles, avec destruction incomplète de la muqueuse; les autres plus profondes, avec destruction complète de cette membrane, tantôt unique, tantôt multiple sur une même plaque. — Le tissu cellulaire sous-muqueux, qui forme la surface des ulcérations, est sur plusieurs d'entre elles à peu près dans le même état que sur les plaques non ulcérées, n'offre pas de traces de destruction; tandis que sur d'autres, plus voisines du cœcum, il est détruit dans une épaisseur et dans une étendue variables, et la tunique musculaire, mise à nu, est ordinairement plus ou moins rouge et épaissie, ses fibres bien distinctes. Dans quelques cas, elle est détruite dans une certaine étendue; et la membrane péritonéale venant à se rompre, il en résulte une perforation ordinairement unique, quelquefois double chez le même sujet. — A part leur profondeur et leur étendue, qui est extrêmement variée, les ulcérations offrent entre elles de notables différences. Leur pourtour, qui

est ordinairement régulier, ovalaire ou arrondi, est anguleux, comme dentelé dans quelques cas; ou bien, au lieu d'être coupés perpendiculairement, leurs bords le sont en dédolant, de manière que la destruction de la muqueuse a lieu dans une étendue plus considérable que celle du tissu cellulaire, qui, à son tour, est plus largement détruit que la membrane musculaire.

C'est surtout chez les individus morts du quinzième au trentième jour de l'affection que l'altération qui nous occupe présente toutes les nuances et les caractères indiqués; mais il n'en est pas ainsi chez ceux qui ont succombé avant le quinzième ou après le trentième : chez les premiers, les ulcérations sont généralement petites, peu profondes et peu nombreuses; ou bien elles manquent, et les plaques elliptiques sont seulement plus ou moins rouges, épaissies et ramollies dans une partie de l'iléum. Chez ceux qui ont été emportés plus tard, ordinairement après le trentième jour, les plaques elliptiques, ulcérées ou non ulcérées, offrent les modifications suivantes : leur couleur rouge est remplacée par un mélange de rouge, de gris, de bleu, dans des proportions variées; ou bien elles sont grisâtres et bleuâtres, sans mélange de rouge, ont une épaisseur moindre et une consistance plus marquée que les plaques rouges; de manière que plus elles s'éloignent de la couleur de celle-ci, moins elles sont épaisses et molles. — Le tissu cellulaire sous-muqueux offre les mêmes dégradations de couleur, de consistance ou d'épaisseur, que les plaques soient ou ne soient pas altérérées; celles qui sont ulcérées n'ont, dans quelques-uns des cas dont il s'agit, rien autre chose de remarquable; dans d'autres, leurs bords sont plus ou moins affaissés dans toute ou seulement dans une partie de leur étendue; et dans quelques-uns, la surface de l'ulcération, plus ou moins déprimée, est brillante et polie, revêtue d'une pellicules extrêmement mince, transparente comme la membrane séreuse, et continue avec le tissu sous-muqueux placé au pourtour de l'ulcération. C'est une véritable cicatrice, attestant une marche rétrograde et un travail réparateur d'une certaine durée.

Le tissu sous-muqueux peut subir une autre altération que celle indiquée : au lieu d'être plus ou moins rouge, épais et humide, sans autre altération de structure, de partager seulement, à un degré plus ou moins remarquable, l'inflammation de la muqueuse qui le recouvre, comme dans la variété précédente, il est transformé, dans toute ou presque toute la longueur de la plaque, en une matière homogène, sans organisation apparente, d'une teinte rosée plus ou moins faible, ou jaunâtre, aride ou luisante à la coupe, plus ou moins friable ou résistante, de deux à trois lignes d'épaisseur. »

Les cryptes de *Bruner* subissent quelques altérations analogues à celles des plaques elliptiques, toujours dans le voisinage du cœcum. — Le gros intestin est presque constamment météorisé ; on y rencontre aussi des ulcérations. — L'estomac est souvent sain ; les altérations qu'il présente le plus souvent sont des ulcérations ordinairement peu étendues, ou des ramollissemens partiels ou généraux semblables à ceux de l'intestin grêle. — Les glandes mésentériques éprouvent un mode d'altération analogue, surtout pour la marche, à celle des glandes de *Peyer*, dont elles s'approchent le plus; en sorte qu'elles sont, suivant l'état de celles-ci, tuméfiées, rouges, ulcérées; ou bien contractent la couleur grisâtre, qui semble annoncer la marche vers la guérison. — La rate est presque toujours considérablement augmentée de volume et ramollie, d'autant plus cependant que la maladie a eu une plus longue durée ; je l'ai vue une fois à peine grosse comme un œuf de poule. Sa couleur est, dans la majorité des cas, beaucoup plus foncée. — Le foie est presque toujours dans l'état naturel. — Le cœur est souvent ramolli. J'ai déjà indiqué quel désordre de fonctions semble correspondre à cet état du cœur. Le sang trouvé dans les vaisseaux présente rarement des qualités remarquables ; peut-être est-ce à cause de la difficulté de les apprécier, car souvent, après une saignée, je l'ai vu prendre, dans le vase, l'aspect de gélatine colorée en rouge très-foncé, et que l'on aurait agitée après la coagulation. — Il n'est pas rare de rencontrer des ulcérations dans le

pharynx, l'œsophage et sur l'épigastre; elles sont moins communes dans le larynx.

De l'encéphale. On sait combien il est difficile en général d'apprécier les altérations encéphaliques; et si l'on n'a encore rien trouvé qui puisse fixer le caractère anatomico-pathologique de l'hystérie, de l'épilepsie, de la folie, etc., on n'a pas lieu d'être surpris si, dans l'affection typhoïde, les désordres du cerveau ne semblent pas toujours correspondre aux profondes altérations de ses fonctions. Il est rare cependant que, libre de toute idée préconçue, et avec une attention scrupuleuse, l'on ne rencontre pas quelques particularités dignes d'être notées : ainsi, les membranes sont plus ou moins injectées, renferment de la sérosité trouble, limpide, sanguinolente; elles adhèrent même par de fausses membranes albumineuses, ou bien elles sont très-sèches. D'autres fois elles sont dans l'état normal, mais la substance corticale, au lieu de sa couleur grise ordinaire, est rose, soit par plaques, soit uniformément. La substance médullaire est plus ou moins injectée, dure ou ramollie. La protubérance et le cervelet sont beaucoup moins souvent altérés. Chez un malade, traité par M. *Rostan*, qui délira presque constamment, et mourut après le cinquantième jour, j'ai vu les corps striés, particulièrement le droit, rouges, violacés, comme ecchymosés; la substance médullaire était tout autour ramollie dans l'épaisseur de trois lignes. Chez un autre, traité par M. *Chomel*, qui présenta la maladie au plus haut degré d'intensité, et mourut le vingtième jour, après des convulsions affreuses et la contraction tétanique du côté droit, nous trouvâmes deux ramollissemens de la moelle épinière, étendus d'un demi-pouce à peu près, l'un au niveau de la deuxième dorsale, l'autre au niveau de la deuxième lombaire; ils étaient à la partie postérieure, et n'occupaient pas la moelle dans toute son épaisseur.

Telles sont les altérations que l'on rencontre presque toujours réunies à suite de la fièvre typhoïde. Elles constituent surtout la

grande ressemblance qui existe entre la maladie qui fait le sujet de cette dissertation, et le typhus décrits par *Chirac, Pringle, Poissonnier-Despierres*, etc. L'accord qui règne dans les résultats de leurs recherches cadavériques est tout à fait digne de remarque. Ils fixèrent, il est vrai, différemment le caractère de la maladie, chacun suivant les idées qui régnaient de son temps, ou qu'il avait plus particulièrement adoptées ; mais tous ont observé celui que nous lui assignons, tous ont décrit une disposition particulière des intestins à la gangrène par plaques.

Diagnostic. Si l'on considère les symptômes les plus constans, les plus caractéristiques de l'affection typhoïde, diarrhée, douleurs abdominales, céphalalgie, météorisme, épistaxis, débilité, stupeur, taches roses lenticulaires, les *sudamina*, les spasmes, l'assoupissement, on s'aperçoit bientôt que non-seulement chacun d'eux considéré en particulier se rencontre plus ou moins fréquemment dans d'autres affections, mais encore qu'il en est fort peu dont la constance soit absolue. Le diagnostic ne peut donc reposer que sur la connaissance de leur intensité, de leur mode de succession, de leur plus ou moins de fréquence, et dans la fièvre typhoïde, et dans les maladies qui semblent s'en rapprocher le plus.

Ainsi la céphalalgie, la chaleur à la peau, la diarrhée, les douleurs abdominales et autres phénomènes gastriques ont lieu dans le prodrome de presque toutes les maladies aiguës. Si cependant ces premiers symptômes, ordinairement peu graves dans la fièvre typhoïde, qu'ils soient ou non réunis, existent seuls pendant quelques jours, et ne cèdent pas aux moyens ordinaires ; s'ils sont accompagnés ou bientôt suivis de faiblesse extrême, de tremblemens, et qu'il survienne des épistaxis réitérées ; si surtout le sujet est jeune, éloigné depuis peu de son pays, on doit commencer à soupçonner fortement le début de la fièvre typhoïde. Qu'il survienne encore d'autres signes, des taches roses lenticulaires, dont l'observation est rare dans les autres mala-

dies aiguës; un peu d'assoupissement, des vertiges, de la tristesse, de la toux avec râle sibilant, du météorisme, la nature de la maladie est déterminée ; ces symptômes sont caractéristiques de l'affection des glandes de *Peyer*. Le diagnostic ne fait que prendre un nouveau degré de certitude par le développement des *sudamina*, de la stupeur, du délire, des spasmes, etc.

Si les signes se succédaient toujours avec la même précision, qu'ils fussent un peu plus ou un peu moins caractérisés, le diagnostic offrirait peu de difficultés; mais, bien que rarement ils manquent en grand nombre, le cas s'est vu cependant. C'est alors que les médecins les plus expérimentés ont pu méconnaître à quelle altération d'organe ils avaient affaire : erreur toutefois d'autant moins dangereuse que l'affection elle-même est aussi moins redoutable.

Prognostic. La fièvre typhoïde est toujours une affection grave, même lorsqu'elle se développe avec une apparente bénignité. Souvent on a vu dans ce cas une perforation mettre fin aux jours du malade, ou bien il succombe à une maladie secondaire. Une terminaison fatale est d'autant plus à redouter, que le sujet est plus jeune, qu'il est depuis moins long-temps dans le lieu qu'il habite, que les progrès de la maladie sont plus rapides et les symptomes plus intenses. La fièvre typhoïde est-elle contagieuse? est-elle une affection spéciale? Je l'ai vue se développer chez un jeune homme qui avait passé plusieurs nuits auprès d'un de ses amis atteint de cette maldie; elle ne frappa aucuns de ceux qui les veillèrent et les approchèrent à chaque instant, quoique plusieurs se trouvassent dans les conditions favorables à son développement : je suis donc loin de voir dans ce fait le résultat de la contagion, et c'est le seul que j'ai observé dans ce genre. Je crois cependant qu'en admettant au moins l'identité de principe entre la fièvre typhoïde et les épidémies d'écrites par les auteurs que j'ai cité, on doit déduire de quelques-uns de leurs rapports, que toutes les fois qu'elle à sévi sur un grand nombre de sujets à la fois, elle

a pu devenir susceptible de se communiquer à des individus d'abord tout a fait étrangers aux premiers, n'ayant vécu nullement sous l'influence des mêmes causes, et par le seul fait qu'ils avaient eu des rapports avec eux. Je crois enfin que ceux qui n'ont vu dans cette maladie qu'une gatro - entérite simple se sont trompés, que la fièvre typhoïde est essentiellement *sui generis*, assertion prouvée par la constance et la profondeur de l'altération des glandes de *Peyer*.

Traitement. Le raisonnement fondé, dans la plus part des cas, sur la connaissance des altérations organiques, doit seul diriger dans les premières recherches sur le traitement d'une maladie; heureux alors s'il est sanctionné par les résultats. Mais il est aussi incontestable que les faits seuls, en médecine, doivent faire loi. L'on doit rejeter, quelque appui que semble lui prêter la raison, tout médicament nuisible; de même que l'on doit accepter, quel qu'il soit, celui en faveur duquel à prononcé l'expérience. Or, voici ce qu'elle apprend sur l'emploi des moyens térapeutiques dirigés jusqu'ici contre la fièvre typhoïde; c'est principalement aux savantes recherches de M. *Louis*, que l'on doit ces résultats.

Il faut avoir recours à une ou deux saignées de douze à quinze onces dans les deux premiers jours de l'affection; elles semblent, pratiquées à cette époque, en abréger le cours, quel que soit son degré; elles paraissent au contraire plus nuisibles qu'utiles quand on y a recours plus tard. Ce fait n'avait pas échappé aux anciens, qui l'ont spécialement noté. La saignée doit être proportionnée à l'intensité du mouvement fébrile et à la force du sujet. On peut la renouveler après le dixième ou quinzième jour, dans les cas où, après avoir marché jusque là avec une apparente bénignité, l'affection prendrait un dégré d'intensité subit. L'action de la saignée doit être favorisée par l'emploi de boissons abondantes, de lavemens adoucissans répétés trois ou quatre fois le jour. M. *Chomel* à souvent donné avec succès l'eau gazeuse en lavement et en boisson.

Tant que le mouvement fébrile est considérable, on doit se borner à ces moyens. Plus tard, on obtient de bons effets des toniques, lorsque les symptômes ont perdu de leur acuité, que la chaleur à la peau est médiocre, le pouls moins accéléré, le météorisme peu considérable, le délire nul ou peu prononcé; toutefois, leur emploi doit être subordonné à l'état de l'estomac, qui doit être sain. Si l'on craint de ce côté une erreur de diagnostic, on peut commencer par des toniques faibles (l'infusion froide de quinquina, des lavemens de quinquina); l'on passe rapidement, s'ils ne deviennent pas nuisibles, aux toniques plus énergiques. Le *sulfate de quinine* paraît préférable; on peu le porter graduellement de six ou huit jusqu'à vingt grains par jour, dans une potion aromatique ou gommeuse; on donne en même temps, d'heure en heure, une ou deux cuillérées de bon vin. Lemploi des toniques devra être suspendu, toutes les fois qu'après trois ou quatre jours on aura point obtenu d'heureux résultats.

Si la maladie persiste dans un état aigu, si les symptômes cérébraux ne subissent aucun amandement, M. *Louis* fait pratiquer une saignée, mais une seule. Suivant la pratique la plus générale, c'est alors que l'on fait usage des applications de vésicatoires aux jambes et aux cuisses, de sinapismes aux pieds. Le médecin que je viens de citer rejette entièrement ces moyens; il les regarde comme nuisible dans le cas particulier dont il sagit, et met en question un des modes de traitement des plus acrédités, celui des dérivatifs; toutefois, il suspend son jugement en thèse générale, et réclame les résultats de nouvelles observations pratiques. Quelques faits, dont la citation m'entraînerait hors de mon sujet, mettent pour moi hors de doute la puissance des dérivatifs dans quelques cas. On n'a point observé de bons effets du musc, du camphre, des bains employés contre le spasme; ceux de la glace pilée sur la tête sont fort équivoques.

Un météorisme considérable peut devenir très-facheux, en mettant obstacle au libre exercice des fonctions des organes thoraciques et ab-

dominaux. L'expérience, dit M. *Louis*, n'a encore rien appris sur les moyens efficaces de le combattre; il propose l'essai de lavemens d'une eau légèrement alcaline et mucilagineuse, qui pourrait absorber une partie des gaz qui distendent l'intestin. Dans le mois de juillet dernier, j'ai vu ce moyen réussir à M. *Rostan*, qui fit administrer avec avantage le chlorure de chaux en lavemens; il employa aussi avec succès ce médicament chez le même malade, pour hâter la cicatrisation des plaies produites par les vésicatoires.

C'est dans la fièvre typhoïde surtout que le traitement doit être favorisé par tous les moyens hygiénique. Ainsi, le malade devra être placé dans un lieu assez vaste, bien aéré; il sera soumis à l'action d'une température douce, plutôt fraîche que trop chaude; enfin le plus de propreté possible devra régner autour de lui.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* LORRY).

I.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Erysipelas foris quidem intrò verti, non bonum : intùs verò forâs, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 25.

III.

In siccitatibus febres acutæ fiunt. Et si quidem annus majore ex parte talis fuerit, qualem fecit constitutionem, ut plurimùm tales etiam morbos exspectare oportet. *Sect.* 3, *aph.* 7.

IV.

In febribus circa ventrem æstus vehemens, et oris ventriculi dolor, malum. *Sect.* 4, *aph.* 65.

V.

Mulierem in utero gerentem ab acuto aliquo morbo corripi, lethale. *Ibid.*, *aph.* 30.

VI.

Cum morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 5, *aph.* 8.